

САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНЫҢ ҚОЛДАНУЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУГЕ ӨТІНІШ

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Сақтандыру шарты/ Договор страхования № күн/от

Сақтанушы (Т.А.Ә.)/ Страхователь(Ф.И.О.).....

Байланыс телефоны/ Контактный телефон: үй/дом. жұм./раб.
моб.....; e-mail.....

Сақтандырылушы(ТАӘ)/ Застрахованный(ФИО).....

Туған күні/Дата рождения

Тұрғылықты жері/Место жительства:

Мен,, №
сақтандыру шартының қолдануын/...../20.....ж. бастап қалпына келтіруін сұраймын.

Я,, прошу восстановить действие
договора страхования №..... с
...../...../20.....г.

Мен полистің қалпына келесі шарттарда келтірілетіні жөнінде таныстырылдым және келісемін/ Я ознакомлен и согласен с тем, что восстановление полиса осуществляется при соблюдении следующих условий:

- 1) төлеу мерзімі өтіп кеткен сақтандыру жарналарын өтеу/ произведена оплата просроченных страховых взносов;
- 2) сақтандыру жарналарын төлеу мерзімін ұзартып алған үшін мерзімі _____ айға ұзартып алынған сақтандыру жарнасы сомасынан 0,035 % (әрбір ұзартылған күн үшін) өсімпұл төлеу/ произведена оплата пени за просрочку уплаты страховых взносов в размере 0,035 % (за каждый день просрочки) от суммы просроченного страхового взноса за _____ месяцев просрочки;
- 3) сақтандырылушының денсаулығы туралы декларация толтырылып, сақтандырылушы және сақтанушы өз қолдарын қою/ заполнена декларация о состоянии здоровья застрахованного и подписана самим застрахованным и страхователем;
- 4) егер аяқталған қаржы (есеп) жылында төленуге тиісті барлық сақтандыру жарналары (тоқтатылған полистер бойынша) төленбеген болса, сақтандыру дивидендтері есептелмейді/ страховые дивиденды не начисляются, если в завершеном финансовом (отчетном) году не уплачены все причитающиеся к уплате страховые взносы (по прекращенным полисам);
- 5) аяқталған қаржы (есеп) жылында есептелген сақтандыру дивидендтері (олар бар болса) өзгертуге/қайта есептелуге жатпайды (төленген полистер бойынша)/ страховые дивиденды, начисленные в завершеном финансовом (отчетном) году (при их наличии), не подлежат изменению/пересмотру (по оплаченным полисам).

Осы өтінішке қоса тапсырамын (керегін белгілеу): К данному заявлению прилагаю (отметить выбранное):

- сақтанушының жеке куәлігінің көшірмесі (ЖСН туралы мәліметтермен)/ копию удостоверения личности (с информацией об ИИН) страхователя;
- кешіктірілген сақтандыру жарнасын төлегені туралы құжаттың көшірмесі/ копию документа об оплате просроченного страхового взноса;
- өсімпұлды төлегені туралы құжаттың көшірмесі/ копию документа об оплате пени;
- сатып алу сомасын қайтару туралы құжаттың көшірмесі/ копию документа о возврате выкупной суммы;
- сақтандырылушының денсаулығы туралы декларация/ декларацию о состоянии здоровья застрахованного;

- полистің түпнұсқасы/**
оригинал полиса;
- сақтандыру жөнінде өтініш/**
заявление на страхование.

Мен (Сақтанушы, Сақтандырылушы) «Казкоммерц-Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ («Казкоммерцбанк»АҚ еншілес ұйымы) өзімнің жеке деректерімді электрондық, қағаз және/немесе заттық тасымалдағышта жинақтап өндеуіне келісемін.

Я (Страхователь, Застрахованный) согласен со сбором и обработкой АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» (дочерняя организация АО «Казкоммерцбанк») своих персональных данных на электронном, бумажном и /или материальном носителе.

_____ / _____ «__» _____ 20__ г.
өтініш берушінің ТАӘ өз қолымен *өтініш берушінің қолы*
ФИО Заявителя собственноручно *подпись Заявителя*

Андеррайтердің бағасы/ Оценка андеррайтера:

L	DIS	ADB	TT

Андеррайтинг қорытынды/Андеррайтинговое заключение:

Андеррайтер (ТАӘ, ФИО) _____

Жауапкершілік шегі/Лимит ответственности _____ тг.

_____ «__» _____ 20__ г.
подпись